Konsolidierter Arzneitherapieplan

Institut für Arzneitherapiesicherheit
des Universitätsklinikums Essen und des Klinikums Saarbrücken gGmbH

Klinik/Abteilung/Station:_____

Name:_____

Geburtsdatum/Alter:_____

Geschlecht (m/w):_____

Größe (cm):_____

Gewicht (kg):_____

Nierenfunktion:

Kreatinin (mg/dl):_____

GFR (ml/min):_____

Hausarzt:_____

_____

Behandlungsgrund
A.
B.
C.
D.
E.
F.
G.
H.
I.
J.
K.
L.

ambulante Medikation (ungeprüft) – Teil I

Präparat/Wirkstoff	Einzeldosisstärke (Einheit)	Applikationsform	Applikationsweg (falls ≠ p.o.)	Applikationsfrequenz				bei Bedarf	Behandlungsgrund (Buchstaben, s.o.)
				morgens	mittags	abends	zur Nacht		
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									

stationäre Medikation (geprüft)

Erläuterung von Änderungen bzw. akzeptierten fortbestehenden Risiken (→ Ziffern, s.u.)	

neu anzusetzende Arzneimittel

Status (absetzen: > / pausieren: P / austauschen: >< / modifizieren: M / fortführen: ✓)	Präparat/Wirkstoff	Einzeldosisstärke (Einheit)	Applikationsform	Applikationsweg (falls ≠ p.o.)	Applikationsfrequenz				bei Bedarf
					morgens	mittags	abends	zur Nacht	
a.									
b.									
c.									
d.									

Entlassungsmedikation (geprüft)

Erläuterung von Änderungen bzw. akzeptierten fortbestehenden Risiken (→ Ziffern, s.u.)	

neu angesetzte Arzneimittel

Status (abgesetzt: > / pausiert: P / ausgetauscht: >< / modifiziert: M / fortgeführt: ✓ / wieder angesetzt: <)	Präparat/Wirkstoff	Einzeldosisstärke (Einheit)	Applikationsform	Applikationsweg (falls ≠ p.o.)	Applikationsfrequenz				bei Bedarf
					morgens	mittags	abends	zur Nacht	

weitergehende Informationen

(pseudo-)allergische Überempfindlichkeiten

Präparat/Wirkstoff	Beschreibung der Reaktion (zzgl. Schweregrad 1-4)

1 → leicht (keine Behandlung)
2 → mittelschwer (ambulante, systemische Behandlung)
3 → schwerwiegend (stationäre Behandlung)
4 → lebensgefährlich

- ☐ Kontrazeption: _____
- ☐ Kinderwunsch
- ☐ Schwangerschaft → SSW:_____
- ☐ Stillzeit

Probleme bei Einnahme/Applikation:

- ☐ PEG
- ☐ Schluckbeschwerden
- ☐ motorisch-koordinative Einschränkung
- ☐ kognitive Beeinträchtigung

ambulante Medikation (ungeprüft) – Teil II

ungewöhnliche Dosierung	Behandlungsdauer (seit/bis)	letzte Einnahme: heute	letzte Einnahme: gestern	letzte Einnahme: sonstiger Zeitpunkt	Verordner (HA / FA)	Selbstmedikation

Therapieänderungen in den letzten 4-6 Wochen vor Aufnahme

Präparat/Wirkstoff	Änderungsart (abgesetzt: > / pausiert: P / geänderte Einzeldosis/Frequenz: ED/F)	Veranlassung durch Arzt (A) / Patient (PA)	Begründung/Details

unzureichende Verträglichkeit der Therapie

Symptom	ggf. vermutete(s) Arzneimittel
☐ Schwindel/Sturzneigung	
☐ Obstipation	

unzureichende Wirksamkeit der Therapie

Präparat/Wirkstoff	Bemerkung

Therapietreue des Patienten

- ☐ weitgehende Befolgung des ärztlichen Therapiekonzeptes
- ☐ eigenmächtige Abweichung vom ärztlichen Therapiekonzept

Präparat/Wirkstoff	Ausmaß (zu wenig/selten eingenommen: ↓ / zu viel/häufig eingenommen: ↑ / gar nicht eingenommen: ∅)	Bemerkung/Begründung (a. – e. bzw. Freitext)

a) Vergessen
b) mangelndes Therapieverständnis
c) (vermutete) Nebenwirkungen
d) Zweifel an der Notwendigkeit
e) Zweifel an der Wirksamkeit

zu klärende Probleme/Fragen

Aufnahme:

Medikationsanamnese:_____
Datum, Unterschrift

Medikationsprüfung:_____
Datum, Unterschrift

Entlassung:

Medikationsanamnese:_____
Datum, Unterschrift

Medikationsprüfung:_____
Datum, Unterschrift